

Année 1921-1922

N° 4

Le Traitement de la Méralgie paresthésique par les injections sous-cutanées d'air

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Novembre 1921

PAR

André-Louis LE MOINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

Né le 10 Mars 1892, à Binic (Côtes-du-Nord)

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		VERGER, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical.*

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1921

Année 1921-1922

N° 4

Le Traitement de la Méralgie paresthésique par les injections sous-cutanées d'air

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Novembre 1921

PAR

André-Louis LE MOINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

Né le 10 Mars 1892, à Binic (Côtes-du-Nord)

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		VERGER, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale...	FERRE.
	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
Clinique externe.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan-	
		tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeuti-	CRUCHET.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
que générales.....	RIVIERE.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	SABRAZES.	ladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie Pathologique...	PICQUE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie.....		Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et his-		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
tologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cuta-	
Physiologie.....	PACHON.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des	
Médecine légale.....	VERGER.	voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et		Clinique psychiatrique....	ABADIE.
électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	
Chimie.....	CHELLE.	gologie.....	MOURE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	N....		LEURET.
Anatomie et embryologie	N....	Médecine générale.....	DUPERIE.
	N....		CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		N....
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS (chargé)	Médecine légale.....	LANDE.
naturelles.....	N....		GUYOT.
Physique biologique et mé-		Chirurgie générale.....	ROCHER.
dicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-			PAPIN.
cale.....	N....	Obstétrique.....	PERY.
Anatomie pathologique...	MURATET.	Ophthalmologie.....	FAUGERE.
	PETGES.		TEULIERES.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Pharmacie.....	LABAT.
	MAURIAÇ.		N....

CHARGÉS DE COURS

		MM.
Cours de clinique dentaire.....		CAVALIÉ.
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....		CARLES (J.).
— — de médecine opératoire.....		VENOT.
— — d'accouchements.....		PERY.
— — d'ophtalmologie.....		CABANNES.
— — de puériculture.....		ANDERODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale.....		SELLIER.
— — de démonstration et de préparation pharma-		
ceutique.....		LABAT.
— — de pathologie interne.....		MAURIAÇ.
— — de pathologie externe.....		GUYOT.
— — de vénéréologie.....		PETGES.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les acci-		
dentés du travail, les mutilés de guerre		ROCHER.
et les infirmes.....		
— — annexe de prothèse et rééducation profes-		GOURDON.
sionnelle.....		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A son grand cœur.

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection profonde.

A MA SŒUR MARGUERITE,

en religion Sœur MARIE-JOSÈPHE, Religieuse de Saint-Vincent-de-Paul

A ses pauvres.

A MON FRÈRE MARCEL, Médecin de la Marine

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES ONCLES, A MES TANTES,

A TOUS LES AMIS DE MON PÈRE

A MES MORTS DE LA GUERRE

A MES CHEFS DE L'ARMÉE

A MES CAMARADES

A MES POILUS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES CHEFS

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur
que vous m'avez fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548604_0122

LE

Traitement de la Méralgie Paresthésique

par les injections sous-cutanées d'air

CHAPITRE I

La Méralgie Paresthésique

(du grec : douleur-cuisse.)

HISTORIQUE

La méralgie paresthésique est une affection dont la description est de date relativement récente.

BERNHARDT, de Berlin, et ROTH, de Moscou, signalent presque simultanément, en 1895, les premières observations; puis de nouveaux cas sont étudiés par NAECKE, FREUD, DEVIC, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BELLLOT, ESCAT, de Toulouse, DESTOT. En 1896, Ch. DOPTER consacre sa thèse inaugurale à ce sujet encore à peine connu. SABRAZÈS et CABANNES publient de nouvelles observations dans la *Revue de Médecine*, en 1897.

Dans un article paru en Mars 1901 dans la *Gazette des Hôpitaux*, Ch. DOPTER met la question au point. C'est d'après cet article que nous ferons la description de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE.

Trois symptômes primordiaux concourent à constituer la meralgie paresthésique. Ce sont : la paresthésie, la douleur, l'anesthésie. Ces phénomènes siègent sur le territoire fémoral du nerf fémoro-cutané, le rameau fessier étant très rarement intéressé. C'est donc la région antéro-externe de la cuisse qui constitue le territoire de l'affection.

Paresthésies.

Les troubles paresthésiques sont généralement les premiers en date ; ils se manifestent le plus souvent par une sensation d'engourdissement en un point, point d'abord limité, puis l'engourdissement devient du fourmillement et s'étend en tache d'huile à toute la région innervée par le rameau fémoral. Ces troubles présentent leur intensité maxima en un point initial dont le déplacement est rare. Certains malades éprouvent des tiraillements, des picotements, des frémissements, plus rarement de la cryesthésie.

Douleur.

Subjective. — La douleur est habituellement supportable. Cependant elle peut prendre un caractère d'acuité et de rapidité comme les douleurs fulgurantes du tabes. Elle survient le plus souvent après une fatigue, une longue marche, un piétinement de longue durée, une station debout prolongée. En général, elle se fait sentir dans un point bien localisé, ordinairement vers le milieu de la région antéro-externe de la cuisse.

Ces douleurs sont caractérisées différemment par les patients. Ils les comparent, soit à des piqures d'épingle rapides et répétées, soit à des brûlures, soit à des sensations de peau écorchée. Elles sont exaspérées par le frottement

des vêtements. Elles cessent le plus souvent, mais non toujours, par le repos et la position assise.

Objective. — Les mêmes douleurs peuvent prendre naissance, mais plus rarement, par la pression, la piqûre, à des moments où les malades ne souffrent pas.

Anesthésie.

Surajoutée à la paresthésie, l'anesthésie est subjective et objective.

Subjective, elle s'accompagne d'une sensation de corps étranger interposé entre les vêtements et les téguments. Certains malades sentent comme une fourrure recouvrant la face antéro-externe de la cuisse; pour d'autres, c'est du coton, du carton, un morceau de bois.

Objective, est le plus souvent peu marquée et peut même faire défaut.

Au contact la sensibilité est rarement abolie, elle est émoussée, obtuse, parfois il y a retard dans la perception, elle peut être perversie.

La piqûre faible n'est pas perçue, les piqûres fortes sont très douloureuses.

Les différences de température ne sont pas toujours bien ressenties. Pour ROTH, le malade ne sent pas une différence de 2 à 4 degrés R.

Autres symptômes.

D'autres troubles surajoutés à ces phénomènes fondamentaux peuvent exister.

Troubles trophiques très rares. L'amyotrophie, quand elle existe, est surtout due à ce que le malade immobilise le membre atteint pour éviter les crises douloureuses.

Troubles vaso-moteurs. — SABBAZES et CABANNES ont noté l'hypothermie locale, l'absence de réaction sudorale après une injection, dans la plaque anesthésique, de 1 milligramme de nitrate de pilocarpine.

Inégalité pupillaire. — A été notée assez fréquemment mais elle semble plutôt en rapport avec un tabes ou une P. G. concomitante, à moins qu'elle ne soit idiopathique ou congénitale.

Réflexes. — Ne sont pas troublés.

Orgones génitaux. — Le Professeur ABADIE a signalé que l'affection est, chez les femmes, souvent accompagnée de troubles des organes génitaux.

Enfin, l'affection est ordinairement unilatérale; lorsqu'elle siège des deux cotés il y a toujours un côté qui est moins atteint (ROTH).

ÉTIOLOGIE

Causes déterminantes.

Externes. — Le traumatisme unique ou répété (ballonnement d'un objet : panier, sabre) est souvent incriminé.

Le froid paraît avoir une influence assez marquée.

Internes. — Les infections : syphilis, blennorrhagie, typhoïde; les intoxications : l'alcoolisme principalement; les dyscrasies : arthritisme (pléthoriques, hémorroïdaux, variqueux), sont fréquemment dépistées chez ces malades.

Causes prédisposantes.

Les hommes sont plus souvent atteints, entre 30 et 50 ans. Les individus qui, par leur métier ou leurs occupations sont appelés à faire de longues marches ou à rester long-

temps debout en conservant l'immobilité ou en piétinant, semblent plus prédisposés que d'autres à la méralgie (plusieurs cas ont été signalés chez des médecins), on rencontre cependant cette affection chez des sédentaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La rareté des nécropsies chez des méralgiques n'a pas permis de découvrir des lésions spécifiques.

PATHOGÉNIE

Les théories émises se résument à deux :

Théorie congestive. — ROTH incrimine surtout les troubles congestifs des *vasa nervorum*, que la congestion soit simplement passive ou bien active par irritation nerveuse. Cette irritation serait due à la compression, directe ou indirecte, du nerf. Le nerf serait exposé : à la sortie du psoas, à l'angle décrit en contournant l'épine iliaque, dans le canal fibreux qu'il parcourt dans le *fascia lata*, à la sortie de ce canal.

Théorie névritique. — Pour SABRAZÈS et CABANNES, « la position superficielle, le parcours et les rapports musculo-aponévrotiques du fémoro-cutané, l'exposent à tout instant à être violenté. Il en résulte une tendance, plus marquée sans doute suivant les prédispositions individuelles, à la paresthésie douloureuse, susceptible de s'accuser à la suite de longues marches ou de la station debout prolongée ; paresthésie d'autant plus imminente que le nerf n'est pas toujours absolument normal. Une névrite légère qui serait peut-être à jamais restée latente dans un autre territoire nerveux se révèle dans la sphère de la branche antérieure du fémoro-cutané, filet nerveux beaucoup plus vulnérable que la plupart des autres nerfs de sensibilité générale. La

méralgie n'est donc que l'expression d'une névrite plus ou moins profonde du nerf fémoro-cutané

Cette névrite peut être due à une compression ou à un traumatisme directs, ou bien elle dépend de ce que les rapports anatomiques du nerf incriminé le prédisposent non seulement aux injures extérieures, mais encore à des tiraillements et à des phénomènes congestifs ».

C'est la théorie généralement admise.

MARCHE — PRONOSTIC

L'évolution est lente et graduelle, présentant des intermittences de plus ou moins longue durée en rapport le plus souvent avec des modifications dans les habitudes ou la profession des patients.

Ordinairement longue et tenace, la méralgie gêne les malades pendant des années, elle peut ne jamais disparaître; d'autres fois elle disparaît spontanément.

Le pronostic est bénin. « L'essentiel est que, à ces malades qui craignent souvent une affection grave du système nerveux, on puisse donner l'assurance que leur maladie est locale, non progressive, et sans inconvénient sérieux pour la vie » (BERNHARDT). Toutefois, lorsque les douleurs sont vives et répétées, le malade peut devenir impropre à tout travail, son moral peut être vivement affecté. Enfin quelques réserves sont à faire quand la méralgie survient chez un syphilitique. Dans un cas, elle a précédé immédiatement l'évolution du tabes.

DIAGNOSTIC

La maladie est typique par la fixité des symptômes et la localisation précise. Aussi la diagnostic ne souffre-t-il pas le plus souvent de difficultés.

Cependant les lésions radiculaires de la première et de la deuxième paire lombaires s'accompagnent d'un complexe symptomatique qui peut donner le change avec les phénomènes de la meralgie paresthésique.

Dans la pseudo-meralgie, décrite par CHIPAULT, le territoire où siègent les troubles sensitifs sont situés plus haut, sur la face antéro-externe de la cuisse; ils se font sentir au niveau de l'aîne ou de l'épine iliaque antéro-supérieure qui est toujours intacte dans la meralgie vraie. De plus on les rencontre dans la région fessière et ils sont souvent bilatéraux. La cause originelle de la pseudo-meralgie est facilement décelable : mal de Pott, fibrôme, grossesse, etc.

CHAPITRE II

Le Traitement

§ 1. — Les traitements proposés.

La méralgie paresthésique, affection très rebelle, a désespéré par sa ténacité maints thérapeutes et davantage encore maints malades.

GRASSETEAU dans sa thèse (Bordeaux 1901), passe en revue les différents traitements employés.

Traitements médicaux.— Pendant longtemps, on ne s'est adressé qu'à l'élément douleur contre lequel toute la thérapeutique a été employée avec de rares succès.

On a eu recours à des frictions sèches, à la térébenthine, à l'alcool camphré, au salicylate de méthyle, à l'ichtyol, au chlorure d'éthyle.

Le massage n'a eu comme résultat que de prévenir l'atrophie qui du reste est rare.

L'électricité faradique ou galvanique semble avoir produit les résultats les meilleurs mais encore d'une façon toute relative, les troubles nerveux cédant partiellement pendant un certain temps pour récidiver ensuite.

Les vésicatoires ont échoué ; la teinture d'iode n'a fait qu'augmenter les douleurs.

« Ces moyens locaux ont réussi surtout dans les cas où la méralgie était consécutive au froid ou à un traumatisme,

mais ce traitement ne suffit plus et échoue à peu près régulièrement quand le grand rôle de la pathogénie est tenu par une cause interne » (BRISARD).

On a donc traité l'élément infectieux ou dyscrasique ; chez des syphilitiques atteints de méralgie, le mercure, l'iode de potassium ont été employés sans résultat ; dans deux cas attribués aux hémorroïdes *l'hamamelis virginica* a été totalement inefficace.

GRASSETEAU, s'inspirant de MM. SABRAZÈS et CABANNES, préconise la méthode suivante : « le malade doit prendre chaque jour jusqu'à sa guérison un bain sulfureux très chaud d'une durée de trois quarts d'heure » et publie quatre observations de malades guéris après cette cure, mais il fait cette restriction que ce n'étaient pas des cas invétérés.

Traitement chirurgical. — Devant l'insuccès de tous ces traitements on pense à l'intervention chirurgicale et à la résection du rameau fémoral du fémoro-cutané.

Les résultats ne sont pas ceux qu'on en espérait. Dans quelques cas la résection n'a donné que des guérisons très courtes avec retour intense du syndrome douloureux.

En résumé, aucun traitement ne s'est révélé curateur de cette affection ; tous ont pu donner des améliorations qui généralement ont été éphémères.

§ 2. — Le traitement par les injections sous-cutanées d'air.

Dans la *Province Médicale* de 1906, M. le Professeur ABADIE publie un cas de guérison obtenu chez une femme de 42 ans, souffrant depuis deux mois de paresthésies permanentes et de crises douloureuses par quatre injections sous-cutanées d'air suivant la méthode de CORDIER.

En 1908, dans le même journal, le Professeur GONNIER, de

Lyon, publie un second cas de guérison par la même méthode.

En 1912, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, LATASTE constate « les résultats heureux obtenus dans un cas de méralgie paresthésique par les injections sous-cutanées d'air ».

L'emploi des injections gazeuses en thérapeutique a été préconisé par le Professeur CORDIER, en 1896, dans une communication à la Société des Sciences Médicales. Puis, dans *Lyon Médical* (1902), l'auteur apporte, après l'avoir longuement expérimentée, des précisions à sa méthode et des indications à son application.

Technique. — L'appareillage est des plus simples : une aiguille à injections hypodermiques est fixée à un tube de caoutchouc, ce tube est muni d'un filtre constitué par un segment en verre muni d'ouate hydrophile stérilisée; le tout est relié à la soufflerie d'un thermo-cautère ou à une simple poire en caoutchouc dont il est facile de mesurer la capacité.

Après les soins d'antisepsie de toute injection hypodermique, on enfonce l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané; on s'assure que le sang ne s'écoule pas par l'aiguille et que par conséquent cette dernière n'a pas pénétré dans un vaisseau.

On commence l'insufflation. Une tumeur gazeuse se forme qui s'étend de proche en proche lentement puis, tout à coup, lorsque le gaz rencontre une gaine vasculaire ou nerveuse, il s'échappe en fusées rapides. Des foyers de distension secondaires se forment ainsi au loin et se réunissent peu à peu au foyer principal.

Ces injections sont indolores, tout au plus les malades accusent-ils des sensations de distension, de fourmillement, d'engourdissement.

La quantité d'air à injecter varie de 1/4 à 1 litre par séance.

Le lieu de l'injection varie suivant l'affection que l'on traite. Dans la méralgie paresthésique on pique en pleine plaque anesthésique.

L'injection doit toujours être suivie de pétrissage et de massage énergiques. Cette pratique est indispensable et ces malaxations ont une action infiniment plus puissante que l'insufflation simple. Elles permettent seules « de réaliser cette élongation des rameaux nerveux qui est le but à atteindre » (CORDIER).

La résorption se fait lentement entre le 7^e et le 15^e jour.

CORDIER a constaté que dans la plupart des manifestations douloureuses à forme névralgique, qu'il s'agisse de névralgie simple ou de névrite, le traitement a donné, soit la guérison définitive, soit une amélioration incontestable.

Ces résultats heureux ont été obtenus dans les névralgies intercostales du zona, la sciatique (injection en 3 points : région lombaire, face externe de la cuisse, région externe et supérieure de la jambe au dessus de la tête du péroné), névralgies inguinales et inguino-scrotales survenant au cours de la blennorrhagie, névrites diffuses après les grands traumatismes, lumbago, coup de fouet.

C'est cette méthode dont nous conseillons l'application dans les cas de méralgie paresthésique, nous appuyant sur les résultats obtenus chez plusieurs malades dont nous publions l'observation dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

§ I. — **Observations publiées.**

La première guérison de meralgie paresthésique par les injections sous-cutanées d'air a été publiée par M. le Professeur ABADIE. Nous en résumons l'observation parue le 20 octobre 1906, dans la *Province Médicale* :

M^{me} Éléonore G..., âgée de quarante-deux ans, probablement syphilitique mais bien portante habituellement, présente il y a deux mois des perturbations de sa fonction menstruelle et dès ce moment souffre, dans la sphère du nerf fémoro-cutané gauche et uniquement dans cette région, de paresthésies permanentes et de crises douloureuses à paroxysmes si fréquents et si intenses qu'elles gênent le sommeil de la patiente et l'empêchent de se livrer aux occupations de son métier.

Ces sensations douloureuses s'accompagnent de troubles de la sensibilité objective occupant le territoire de la branche fémorale du nerf fémoro-cutané. Ces phénomènes ne modifient pas l'état général ; ils ne paraissent pas relever d'une infection, d'une intoxication, d'une diathèse, d'une affection du système nerveux central ou d'un état pathologique local. La seule raison pathogénique que l'on puisse invoquer sont les perturbations menstruelles et l'existence de lésions salpingo-ovariennes du même côté.

Le 6 février, il est pratiqué sur elle, au point le plus douloureux de la cuisse gauche, une injection sous-cutanée de 1 litre environ d'air suivant la méthode de CORDIER.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent, il n'apparaît aucun paroxysme douloureux, ce qui n'était pas arrivé depuis un mois. Entre le 7 et le 10 février quelques crises surviennent, très courtes. Le 10, nouvelle injection d'un quart de litre d'air. L'aire d'anes-thésie cutanée diminue. Le 13 février, troisième injection de un

demi-litre d'air. La douleur, l'anesthésie, les paresthésies disparaissent. La malade est revue successivement le 2, le 23 mars, le 13 avril, le 15 mai. La guérison se maintient. Les règles sont revenues dès le 15 février et depuis se sont montrées régulièrement et sans douleur. En mai 1906, un an après, la malade est revue ; elle n'a jamais plus souffert de sa cuisse gauche dont la sensibilité cutanée est redevenue tout à fait normale.

Deux autres observations de méralgiques guéris par la méthode de CORDIER, ont été publiées l'une par GONNIER, de Lyon, en 1908, l'autre par AUCHÉ et LATASTE en 1912.

§ 2. — **Observations inédites.**

Nous devons à M. le Professeur ABADIE de pouvoir publier quatre observations inédites de guérison de méralgie paresthésique obtenues par les injections sous-cutanées d'air.

OBSERVATION I.

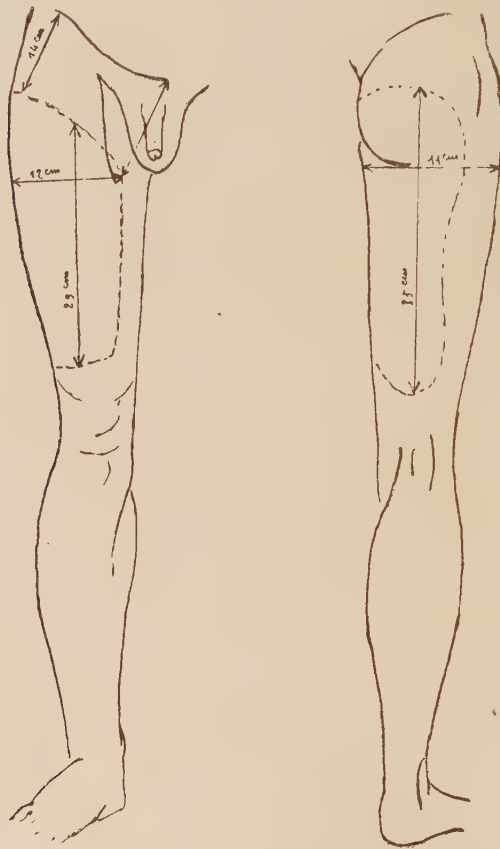
M. X..., âgé de 23 ans, coiffeur, vient à la consultation des maladies nerveuses en 1907. Il souffre depuis juillet 1904 de fourmillements de la face antéro-externe de la cuisse droite.

Antécédents. — Deux grands-pères morts paralytiques. Croup à 7 ans. Engagé à 19 ans dans l'infanterie coloniale, 3 ans de Tonkin à Haïfong. Pendant 3 ans a bu régulièrement 2 bouteilles d'absinthe par semaine. A eu des relations très suivies avec une japonaise ; coïts journaliers avec excès de 10 à 12 de temps en temps.

Pas de syphilis, mais 3 blennorrhagies, à 16, 20 et 22 ans, sans complications. Fièvres paludéennes à plusieurs reprises, deux mois d'hôpital. Accès palustres depuis le retour en France, sans régularité.

Histoire de la maladie. — En juillet 1904, M. X..., après une chaude-pisse, a commencé à éprouver les premières sensations de fourmillement à la face antéro-externe de la cuisse droite. Ces douleurs n'ont jamais cessé depuis et augmentent beaucoup après chaque coït.

État actuel. — Les sensations permanentes existent au repos, dans la station debout et dans la marche. Elles siègent sur toute la face externe de la cuisse droite et sont surtout marquées à la partie moyenne de cette région. Elles consistent en sensations de froid, de fourmillements, de tiraillements, d'engourdissements. (*Ci-dessous le croquis de la plaque de paresthésies*).



L'examen de la région ne dénote aucune modification d'aspect, de coloration ou de température. On constate l'existence de troubles de la sensibilité cutanée : les sensations de piqure, de contact, de pincement, de pression, de frottement, sont diminuées. Partout ailleurs sur le corps la sensibilité est normale.

Pas de troubles trophiques ou vaso-moteurs du membre, pas de varices, pas d'hémorroïdes, pas de hernie inguinale ou crurale. Les reflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Traitement. — Le malade n'a jusqu'ici suivi aucun traitement.

Le 9 janvier, il est pratiqué au point le plus douloureux de la cuisse droite une injection sous-cutanée de un demi-litre environ d'air, suivie de massage et de pétrissage selon la méthode de CORDIER.

Dans la soirée sensations de marbrures mais pas de fourmillements. Les jours suivants les sensations paresthésiques ont disparu et ne sont pas revenues depuis.

OBSERVATION II.

M^{me} B..., âgée de 34 ans, est atteinte depuis 10 ans de paresthésies et de douleurs à la face externe de la cuisse gauche.

Antécédents. — Mariée à 18 ans, accouchement à 19 ans. Toujours constipée, bien réglée, pas de pertes blanches.

Histoire de la maladie. — Il y a 15 ans, lors de l'accouchement, au moment de l'expulsion du fœtus, la malade éprouva une sensation de « déboitement » de la hanche gauche. A la suite elle souffre de douleurs survenant, à de longs intervalles à la crête iliaque gauche. Depuis 10 ans elle accuse à la face externe et inférieure de la cuisse des picotements, surtout lorsqu'elle porte son corset.

État actuel. — La malade déclare : « quand je touche ma cuisse, c'est comme si je touchais un morceau de cuir.... comme si ce n'était pas à moi.... il me semble qu'en marchant je lève mon pied très haut et malgré cela mon pied trébuche ». Elle éprouve aussi une sensation de grosseur de la jambe, des fourmillements, un endolorissement de la peau ; elle sent « comme une goutte d'eau qui lui coule le long de la cuisse ». (Symptômes identiques à ceux décrits par ESCAT, dans son auto-observation).

Avec la fatigue apparaissent des crises paroxystiques, mais pas très pénibles, durant deux ou trois heures, consistant en exagération des douleurs avec hyperesthésie.

Il existe de l'hypoesthésie à la piqure et au toucher et une petite zone d'anesthésie au froid.

Traitement. — La malade a jusqu'ici employé diverses médications qui ont échoué.

Le 4 novembre 1912, au matin, on pratique une injection sous-cutanée d'un demi-litre d'air.

Le soir, vers 3 heures une crise débute, qui dure 2 jours puis la malade constate une amélioration notable : les crises deviennent de moins en moins nombreuses, la peau est plus sensible, moins douloureuse au toucher ; les fourmillements, les sensations de grosseur, de goutte d'eau disparaissent ; le pied reste lourd mais un peu moins.

La malade revient le 23 décembre de la même année ; jusqu'au 18 l'amélioration a été continue mais, à cette date, après une fatigue, une crise apparaît avec brûlures, fourmillements et douleur au toucher. Une nouvelle injection sous-cutanée d'un demi-litre d'air est pratiquée.

Le 24 février 1913, la malade est revue. La douleur, les fourmillements, les paresthésies ont disparu. Il n'y a pas eu la moindre crise, même après des fatigues. Il ne persiste qu'une petite zone d'hypoesthésie et une autre d'hyperesthésie à la pression. Dans cette région la malade accuse une impression de « bleu ».

OBSERVATION III.

M^{lle} S..., 42 ans, se présente le 10 juin 1910. Elle est atteinte de meralgie paresthésique double.

Son histoire montrera à quelle intensité peut atteindre cette affection, combien elle est rebelle et quel soulagement on apporte à ces malades désespérés par les échecs successifs de traitements variés, en appliquant la simple méthode de CORDIER.

M^{lle} S... a soigneusement écrit tout ce qu'elle ressentait. Nous reproduisons à peu près textuellement cette auto-observation.

Antécédents. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — La maladie débuta vers 1900, par un engourdissement à la face externe de la cuisse droite « un engourdissement tel, écrit la malade, que je me pinçais et me frappais jusqu'à ce que je retrouve la sensibilité de la peau ».

En novembre 1906, apparaît « comme une sorte de crampe de fatigue survenant surtout le soir lorsque j'avais marché plus que de coutume ».

Ces symptômes disparaissent sous l'influence de la chaleur

mais en juin 1909, les douleurs reprennent plus vives pendant deux mois et se calment.

« Enfin vers le milieu de novembre de la même année, le mal revint avec plus de violence au point que la marche me devint pénible, très douloureuse et que chaque mouvement m'arrachait des cris ».

La malade a recours « aux remèdes internes et externes, au repos, aux frictions, etc... Hélas ! continue-t-elle, malgré tous ces soins la guérison n'est pas arrivée.... j'ai été prise par des douleurs bizarres qui, depuis, ne m'ont pas quittées et n'ont fait depuis six mois qu'augmenter d'intensité.... les douleurs ne me laissent guère et m'énervent au point de me donner des accès de désespoir.

Voici ce que je ressens dans les deux cuisses, mais surtout dans la droite : tantôt des chaleurs intenses, comme si on me coulait sous la peau de l'eau bouillante, puis des cuissons, des sensations de peau écorchée, des démangeaisons, des douleurs tenaillantes, des piqûres aiguës, des sensations de froid et quelques chatouillements.... ces douleurs troublent mon sommeil et si, endormie, je ne les sens que vaguement, au réveil elles reviennent de plus belle. J'ai eu aussi par trois fois des recrudescences du mal pour avoir fait des courses un peu longues; c'était alors intolérable.

Et la malade conclut : « Voici, aussi bien que je puis le rendre, le mal étrange, inexplicable, qui me tenaille depuis si longtemps et qu'aucun remède n'a pu calmer d'aucune façon. »

Traitement. — Une seule injection sous-cutanée de un demi-litre d'air a procuré à la malade un soulagement immédiat. Puis les symptômes se sont atténués peu à peu pour disparaître complètement quelques temps après. La malade n'est pas revenue depuis.

OBSERVATION IV.

M. S..., 36 ans, se présente. le 7 janvier 1908, atteint de meralgie paresthésique à gauche, ayant débuté, il y a trois ans, par des sensations de chaleur avec petits fourmillements, apparaissant de temps en temps, surtout après la fatigue. La zone douloureuse s'étend insensiblement. Il n'y a pas de crises aiguës mais une augmentation des symptômes à certains moments.

Le 7 janvier 1908, il est pratiqué une injection sous-cutanée de un demi-litre d'air.

Le malade est revu le 19 juin de la même année, il ne persiste que quelques petits chatouillements rapidement passés.

Le 14 janvier 1920 le malade revient. Il est resté complètement guéri pendant onze années, mais depuis un an l'affection a reparu : le frottement d'un corps dur comme un paquet de clefs par exemple provoque des brûlures très vives, la sensibilité cutanée est diminuée, il existe une zone d'hypoesthésie au contact.

Une nouvelle injection d'air produit aussitôt le retour de la sensibilité cutanée et la cessation des douleurs

A la consultation des maladies nerveuses et dans son service de l'hôpital Saint-André, M. le Professeur ABADIE a diagnostiqué plusieurs autres cas de méralgie paresthésique qui, traités par la méthode de CORDIER, ont été immédiatement amendés et le plus souvent radicalement guéris.

CONCLUSIONS

La méralgie paresthésique, ou névralgie du fémoro-cutané, est une affection douloureuse, parfois très pénible, ordinairement rebelle à toute thérapeutique.

Les traitements les plus variés, tant médicaux que chirurgicaux, qui ont été successivement préconisés contre cette névralgie spéciale, sont le plus souvent suivis d'échecs complets ou d'améliorations insignifiantes.

Les injections sous-cutanées d'air, faites dans la zone douloureuse, donnent au contraire dans la méralgie paresthésique des résultats heureux, d'habitude rapides et définitifs.

Ce mode de traitement, simple, facile à appliquer, exempt de tout danger, est donc à conseiller dans tous les cas, récents ou anciens, de méralgie paresthésique.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
J. ABADIE.

Vu :

Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 29 Octobre 1921.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

ROTH (Moscou). — Meralgia paraesthetica. (*Méd. Obroz*, Moscou 1895, p. 678.).

BERNHARDT. — *Neurolische Centralblatt*, 15 mars 1895.

— Sur les paresthésies localisées dans le domaine du nerf fémoro-cutané.

— *Revue de Neurologie*, 1895, n° 22.

DOPTER (Ch.). — Thèse de Paris, 1896.

SABRAZÈS et CABANNES. — Méralgie paresthésique. (*Revue de Médecine*, 1897, page 854.)

ESCAT (Étienne), de Toulouse. — Un cas de méralgie paresthésique de ROTH (cas personnel). *Revue Neurologique*, 30 octobre 1895, n° 20.

DOPTER (Ch.). — La méralgie paresthésique. (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1901, n° 20.)

MUSSER (H.) et SAILLES (J.). — Méralgie paresthésique. (*Journal of. nerv. and mental disease*, janvier 1900.)

GRASSETEAU. — Thèse de Bordeaux, 1901.

CORDIER. — Les injections sous-cutanées d'air en thérapeutique. (*Lyon Médical*, 1902.)

ABADIE. — Méralgie paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air. (*Prov. Médicale*, n° 42, 20 octobre 1906.)

GONNIER. — Méralgie paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air. (*Prov. Médicale*, 1908.)

AUCHÉ et LATASTE. — Méralgie paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air. (*Prov. Médicale*, 1912.)

LATASTE. — Un cas de méralgie paresthésique. Résultats heureux obtenus par injections sous-cutanées d'air. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1912, page 109.)

